

Die Schweiz als Vorbild?
Bemerkungen zur Diskussion um eine
Reform des deutschen
Gesundheitswesens

Gebhard Kirchgässner

May 2010 Discussion Paper no. 2010-15

Editor: Martina Flockerzi
University of St. Gallen
Department of Economics
Varnbuelstrasse 19
CH-9000 St. Gallen
Phone +41 71 224 23 25
Fax +41 71 224 31 35
Email vwaabtass@unisg.ch

Publisher: Department of Economics
University of St. Gallen
Varnbuelstrasse 19
CH-9000 St. Gallen
Phone +41 71 224 23 25
Fax +41 71 224 31 35

Electronic Publication: <http://www.vwa.unisg.ch>

Die Schweiz als Vorbild?
Bemerkungen zur Diskussion um eine Reform des deutschen
Gesundheitswesens¹

Gebhard Kirchgässner²

Author's address: Prof. Dr. Gebhard Kirchgässner
SIAW-HSG
Bodanstrasse 8
CH-9000 St.Gallen
Phone +41 71 224 23 40
Fax +41 71 224 22 98
Email gebhard.kirchgaessner@unisg.ch
Website www.siaw.unisg.ch

¹ Für Anregungen und Hinweise danke ich LARS P. FELD (Universität Heidelberg) und HEINZ HAUSER (Universität St. Gallen).

² Universität St. Gallen, Schweizerisches Institut für Aussenwirtschaft und Angewandte Wirtschaftsforschung, Leopoldina und CESifo.

Abstract

Taking into account the Swiss experience, this paper considers some aspects of the current reform discussion concerning the German health insurance system. The income dependence of effective premia, their size and their distributional consequences are discussed. The potential role of competition is also considered. It is shown that there are only gradual but no systematic differences between the current German and Swiss systems with respect to their labour market consequences that are central to the present German discussion, while those aspects where the two systems really differ are rarely ever discussed, and the planned new German system will hardly differ in these other dimensions from the old one.

Keywords

Health insurance, Germany Switzerland

JEL Classification

I11, I18

1 Einleitung

[1] In Deutschland findet derzeit eine heftige Diskussion über die zukünftige Ausgestaltung des Gesundheitswesens, insbesondere der Krankenversicherung, statt. Diese Diskussion spielt sich nicht nur zwischen Regierung und Opposition, sondern auch innerhalb der Koalitionsparteien ab: Während die FDP den Übergang zur Einheitsprämie fordert,¹⁾ die häufig als Kopf-, neuerdings als Gesundheitspauschale bezeichnet wird und ursprünglich auch einmal im Forderungskatalog der CDU stand, hält die CSU diese für ungerecht und will an der derzeitigen lohnabhängigen Prämie festhalten.²⁾

[2] Bei dieser Diskussion wird häufig auf das Beispiel der Schweiz verwiesen, die als Vorbild betrachtet wird, welches jedoch nicht überall positiv gesehen wird.³⁾ Dabei wird insbesondere auf die Einheitsprämie im schweizerischen System abgehoben. Man könnte tatsächlich von der Schweiz lernen, welche Probleme mit einem solchen System verbunden sind. Bei dieser Diskussion werden in Deutschland jedoch immer wieder nur einzelne Punkte des schweizerischen Systems herausgepickt, die dann häufig falsch oder zumindest verkürzt dargestellt werden, während die zentralen Unterschiede kaum angesprochen werden. Diese hängen nicht mit der Einheitsprämie zusammen, da es sich in beiden Ländern bei genauer Betrachtung um Systeme mit einkommensabhängigen Prämien und einer Obergrenze handelt, die prinzipiell gleiche ökonomische Konsequenzen haben, auch wenn die Finanzierung deutlich anders geregelt ist. Dagegen gibt es drei zentrale Unterschiede: Zum einen werden in der Schweiz Personen versichert, in Deutschland dagegen Familien, d.h. es gibt in der Schweiz keine beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern und Kindern, auch wenn es immer wieder Vorstösse gibt, Kinder beitragsfrei mitzuversichern.⁴⁾ Zweitens ist die Grundversicherung wirklich allgemein, unabhängig von Einkommen und Beruf: Es gibt keine Gruppen mit Sonderprivilegien wie die Bezieher hoher Einkommen oder die Beamten, die sich aus der allgemeinen Versicherung ausklinken können. Die Allgemeinheit der Versicherung impliziert auch, dass es niemanden gibt, der sich rechtmässig in der Schweiz dauerhaft aufhält und der nicht krankenversichert ist, ein Problem, welches bis vor kurzem in Deutschland existierte. Drittens werden die Beiträge ausschliesslich von den Arbeitnehmern aufgebracht; es gibt keine Beteiligung der Arbeitgeber, auch nicht wenn der Staat Arbeitgeber ist.

[3] Neben der obligatorischen Krankenversicherung, die ausschliesslich von privaten Versicherungsgesellschaften angeboten wird und deren Leistungen vom Bundesrat festgelegt

1. Siehe z.B. <http://www.liberales.de/Roesler-Gesundheitspraemie-wesentlich-gerechter/4449c8209i1p/index.html> (12/04/10).

2. Siehe z.B. <http://www.merkur-online.de/lokales/nachrichten/seehofer-gesundheitspraemie-sozial-ungerecht-252463.html> (12/04/10).

3. Siehe z.B. I. WREDE, Schweizer Gesundheitssystem: Ein Vorbild?, *Deutsche Welle*, 17. Oktober 2003, <http://www.dw-world.de/dw/article/0,,995115,00.html>, (12/04/10); J. FLINTROP, Schweizer Gesundheitswesen: Vorbild mit Selbstzweifeln, *Deutsches Ärzteblatt* 100/8 (2003) <http://www.aerzteblatt.de/V4/archiv/artikel.asp?id=35690> (12/04/10); J. BATHELT, Gesundheitssystem der Schweiz: Vorbild für Deutschland?, *Rheinisches Ärzteblatt* 4/2006 <http://www.aekno.de/downloads/archiv/2006.04.016.pdf> (12/04/10); E. NIE-JAHR, Der Patient zahlt selbst, *DIE ZEIT* Nr. 50 vom 4. Dezember 2008. (12/04/10).

4. Dies wird z.B. von Mitgliedern der CVP gefordert. Siehe hierzu <http://www.cvp-aargau.ch/de/documentdetail---0--0--0--97--520.html> (16/04/10).

werden, gibt es in der Schweiz eine Fülle zusätzlicher ‚privater‘ Versicherungen, deren wichtigste die halbprivate und private Krankenhauszusatzversicherung sind. Nach Angaben der Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht (FINMA), die freilich „mit Vorsicht zu interpretieren“ sind, hatten im Jahr 2007 21.8 Prozent der Bevölkerung eine derartige Versicherung abgeschlossen.⁵⁾ Die Grenze zwischen privater und obligatorischer (gesetzlicher) Krankenversicherung verläuft somit in der Schweiz völlig anders als in Deutschland.

[4] Unkenntnis des schweizerischen Systems findet sich in Deutschland freilich nicht nur bei Politikern, sondern zumindest gelegentlich auch bei Wissenschaftlern. Es sollte sich daher lohnen, sich die deutsche Diskussion einmal von aussen, d.h. vor dem Hintergrund der Erfahrungen in der Schweiz, etwas genauer anzusehen, wobei hier nicht nur die Stellungnahmen und Reformvorschläge von Politikern oder politischen Parteien, sondern auch jene von Wissenschaftlern interessant sind.⁶⁾ Dabei soll nicht nur auf die Einheitsprämie eingegangen werden, die im Zentrum der deutschen Diskussionen steht, sondern auch auf die anderen Aspekte, bezüglich derer sich das schweizerische vom deutschen System unterscheidet.

[5] Im Folgenden wird zunächst die Einkommensabhängigkeit der effektiven Prämien diskutiert (*Abschnitt 2*), bevor auf die zu erwartende Höhe der Prämien (*Abschnitt 3*) sowie auf die damit verbundenen Verteilungswirkungen eingegangen wird, d.h. auf die Frage, wer durch den Übergang zum neuen System be- und wer entlastet wird (*Abschnitt 4*). Im 5. *Abschnitt* wird, wiederum vor dem Hintergrund der Erfahrungen in der Schweiz, diskutiert, was man in diesem Zusammenhang von einer Stärkung des Wettbewerbs erwarten darf. Zum Schluss (*Abschnitt 6*) wird nochmals auf die wesentlichen Unterschiede zwischen dem schweizerischen und dem deutschen System der Krankenversicherung eingegangen. Es zeigt sich, dass bezüglich des Systems der Kopfpauschale das deutsche und das schweizerische System sehr ähnlich sind, während dort, wo heute tatsächlich signifikante Unterschiede bestehen, auch das geplante neue deutsche System kaum Änderungen bringen und sich damit vom schweizerischen weiterhin deutlich unterscheiden wird.

2 Die Einkommensabhängigkeit des Systems.

[6] Wie bereits ausgeführt wurde: Formal kennt die Schweiz eine Kopfpauschale, die nur nach dem Alter differenziert, indem Kinder und junge Erwachsene geringere Prämien zahlen. Würde man dieses System konsequent durchhalten, könnten viele Menschen mit niedrigen Einkommen ihre Prämien nicht zahlen und würden damit aus dem System herausfallen. In der Schweiz gibt es jedoch einen weitreichenden politischen Konsens darüber, dass die medizinische Grundversorgung jeder Einwohnerin und jedem Einwohner der Schweiz unabhängig von

5. Siehe hierzu BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT, *Statistik der obligatorischen Krankenversicherung* 2008, Tabelle T 9.11 (<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/01156/index.html> (12/05/10)).

6. Selbstverständlich ist dies keine exakte Trennlinie, da an dieser Diskussion beteiligte Wissenschaftler sich auch politisch engagieren, und zwar nicht nur jene, die, wie z.B. KARL LAUTERBACH, gleichzeitig aktive Politiker sind. Auch die wissenschaftlichen Stellungnahmen haben daher in aller Regel einen eindeutigen politischen Hintergrund.

ihrem Einkommen in gleichem Ausmass zukommen soll.⁷⁾ Dabei ist diese Grundversorgung im internationalen Vergleich qualitativ sehr hochwertig.⁸⁾ Sie wird durch eine allgemeine Pflichtversicherung abgedeckt: Zum einen müssen sich alle versichern, zum anderen dürfen die Versicherungen niemanden abweisen.⁹⁾

[7] Um diese allgemeine Versicherung zu gewährleisten, müssen die Prämien für die Beziehenden niedriger Einkommen subventioniert werden. Diese Subventionen fallen umso höher aus, je niedriger das Einkommen ist. Dies aber bedeutet, dass die Nettoprämien in der Schweiz genauso wie in der gesetzlichen Krankenversicherung Deutschlands einkommensabhängig sind, wobei eine Obergrenze besteht. Der diesbezügliche Unterschied besteht zwischen beiden Ländern ausschliesslich darin, dass in Deutschland nur das Lohn Einkommen berücksichtigt wird, in der Schweiz dagegen das steuerbare Einkommen, und dass die Obergrenzen unterschiedlich sind, wobei sie in der Schweiz auch nicht gerade niedrig sind. So werden im Kanton Zürich je nach Familienstand Prämien bis zum steuerbaren Einkommen von 37'200 SFr., 47'500 SFr. bzw. 61'000 SFr. subventioniert.¹⁰⁾ Insgesamt beziehen heute in der Schweiz etwa 40 Prozent aller Haushalte Prämienverbilligungen, weshalb die *Berner Zeitung* zu Recht schreibt, dass das Kopfprämien System „nur auf dem Papier“ besteht.¹¹⁾ Dabei

-
7. Siehe hierzu z.B. die Aussage im Positionspapier der FDP Schweiz vom 13. Januar 2001 zur Gesundheitspolitik: „Niemandem darf der Zugang zu medizinisch notwendigen Leistungen verweigert werden.“, <http://www.fdp.ch/images/stories/Dokumente/Positionspapiere/gesundheitspolitik.pdf> (25/04/10).
 8. Im Gegensatz zu Deutschland ist jedoch (von Ausnahmen abgesehen) die Zahnbehandlung nicht mitversichert, und die Krankenversicherungen sind nicht in die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall eingebunden. Für Leistungen, die über die vom Arbeitgeber durch das Obligationenrecht (Art. 324a) geforderten, relativ geringen Leistungen hinausgehen, muss eine Krankentagegeldversicherung abgeschlossen werden. Dies hatten im Jahr 2008 4.1 Prozent der Bevölkerung. (Siehe hierzu: BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT, *Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2008*, Tabelle 6.01, <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/01156/index.html> (12/05/10)).
 9. Dabei stellt sich das Problem, wie mit säumigen Prämienzahlern umgegangen werden soll. Sind Versicherte mit ihren Prämienzahlungen im Rückstand, können nach der seit 2006 geltenden Regelung die Versicherer ihre Zahlungen an Ärzte und Krankenhäuser einstellen. Dies hat z.B. im Jahr 2006 dazu geführt, dass zunächst 420'000 Versicherte mit einem Prämienumfang von 533 Mio. SFr. betrieben werden mussten, und letztlich für 89'000 Versicherte die Leistungsvergütungen sistiert wurden. Nach einem zwischen den Kantonen und den Krankenversicherern und vom Parlament verabschiedeten Kompromiss, der zum 1. Januar 2011 in Kraft treten wird, werden die Kantone in Zukunft für säumige Prämienzahler 85 Prozent der Forderungen der Krankenversicherer übernehmen. Die Kantone können andererseits säumige Prämienzahler, die in der Lage sind, diese zu begleichen, auf eine Liste setzen. Diesen dürfen die Krankenkassen dann die Zahlungen verweigern. Siehe hierzu: Amtliches Bulletin der Sitzung des Ständerats vom 8. Dezember 2009 (http://www.parlament.ch/ab/frameset/d/s/4812/315901/d_s_4812_315901_316158.htm (13/05/10)) sowie S. Berger, Zahlungsaufschub nach Art 64a KVG, H+ Nr. 4 vom November 2008 (http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/Publikationen/H_Bundeshaus/archiv_de/H_Bundeshaus_04_08_dt.pdf (14/05/10)).
 10. Diese Grenzen gelten für Ledige, für Verheiratete ohne Kinder bzw. für Verheiratete mit Kindern sowie für Alleinerziehende. Siehe hierzu SVA Zürich, Merkblatt IPV: Individuelle Prämienverbilligung 2010, <http://www.svazurich.ch/pdf/IPV2010.pdf> (12/04/10).
 11. C. CHATELAIN, Bereits 38 Prozent profitieren von Prämienverbilligungen, *Berner Zeitung BZ* vom 17. Februar 2009 (<http://www.bernerzeitung.ch/schweiz/standard/Bereits-38-Prozent-profitieren-von-Praemienverbilligungen/story/21668756> (12/04/10).) – In den Niederlanden, die seit 2006 eine ähnliche Prämie haben, die derzeit bei 1150 Euro im Jahr liegt, erhalten heute etwa zwei Drittel der Bevölkerung Subvention vom Staat, um die Belastung durch die Prämie auszugleichen. Siehe hierzu E. NIEJAHR, Wettbewerb um Kranke, *DIE ZEIT* Nr. 16 vom 15. April 2010, S. 29 (<http://pdf.zeit.de/2010/16/Gesundheitspolitik-Niederlande.pdf> (18/05/10)).

sind die Unterschiede zwischen den einzelnen Kantonen massiv: Während im Kanton Solothurn im Jahr 2009 nur etwa 25 Prozent aller Haushalte Subventionen erhielten, waren es im Kanton Obwalden über 70 Prozent. Der Gesamtbetrag belief sich im Jahr 2009 auf 3.75 Milliarden SFr. und er steigt in diesem Jahr auf 4.05 Milliarden SFr., wobei knapp die Hälfte vom Bund und der Rest von den Kantonen finanziert wird.¹²⁾

[8] Dies ist jedoch nur ein Teil der über das Steuersystem finanzierten Leistungen. Der grösste Teil der staatlichen Finanzierung des Gesundheitswesens erfolgt über die Kostenbeteiligung der Kantone an den Krankenhäusern; sie zahlten im Jahr 2007 mit 6.5 Milliarden SFr. 33.6 Prozent deren gesamten Kosten. Insgesamt betrug der staatliche Kostenanteil am Gesundheitswesen in diesem Jahr mit 14.7 Milliarden SFr. 26.8 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben bzw. knapp 2000 SFr. pro Kopf der Bevölkerung.¹³⁾

[9] Für den Arbeitsmarkt ist relevant, dass hier, genauso wie im deutschen System der lohnabhängigen Beiträge, bei einer Lohnerhöhung der Nettolohn nicht nur wegen der höheren Steuern, sondern auch wegen der steigenden Krankenkassenprämien weniger stark als der Bruttolohns ansteigt, da mit dessen Anstieg (und damit auch mit steigendem zu versteuernden Einkommen) die Prämienverbilligung zurück geht. Die negativen Auswirkungen auf die Beschäftigung, die sich hier ergeben, sind prinzipiell die gleichen wie im derzeitigen deutschen System. Würde Deutschland zur Kopfprämie übergehen und diese, so wie es versprochen wird und wie es in der Schweiz geschieht, für die unteren Einkommen subventionieren, so wären diese negativen Effekte unterhalb der Grenze, bis zu der subventioniert wird, auch im neuen System zu erwarten. Je nachdem, wie das neue System aussieht, könnte die Einkommensabhängigkeit der Krankenkassenprämien bei den unteren Einkommen stärker oder schwächer ausgeprägt sein als im bisherigen System, aber zu behaupten, dass von der Gesundheitspauschale „keine negativen Beschäftigungsanreize“ ausgehen, wie dies der KRONBERGER KREIS (2010, S. 23) tut, ist schlicht falsch.¹⁴⁾ Da die Subventionen z.B. im Kanton Zürich mit steigendem Einkommen nicht stetig, sondern in Sprüngen reduziert werden, entstehen sogar eigentliche Armutsfallen: Geringfügige Erhöhungen des steuerbaren Einkommens können zu massiven Einbussen beim verfügbaren Einkommen führen.¹⁵⁾

[10] Man könnte vermuten, dass die Wirkung der Krankenkassenprämien auf die Beschäftigung im System einer (sozial abgedeckten) Pauschale deshalb geringer ist, weil das gesamte Einkommen und damit auch das Kapitaleinkommen und nicht nur das Arbeitseinkommen zur Berechnung der Prämienverbilligung herangezogen wird. In den unteren Einkommensbereichen, für welche diese Subventionen gedacht sind, sind die Kapitaleinkommen im Allgemeinen jedoch vergleichsweise gering; sie spielen, wie der SACHVERSTÄNDIGENRAT (2009, S.

12. Siehe <http://www.drs.ch/www/de/drs/nachrichten/schweiz/172891.uebersicht-praemienverbilligung-2009-und-2010.html> (12/04/19).

13. Siehe hierzu: *Statistisches Jahrbuch der Schweiz* 2010, S. 316, S. 341f.

14. Dass diese Behauptung hier aufgestellt wird, ist umso unverständlicher, als sie in der wissenschaftlichen Literatur bereits ausführlich diskutiert und widerlegt wurde. Siehe hierzu z.B. F. BREYER (2002), A. HAUFLER (2004) sowie W. BUCHHOLZ (2005).

15. Zum Tarif im Kanton Zürich siehe Fussnote 7. – Zu weiteren Armutsfallen im sozialen Sicherungssystem der Schweiz siehe R.L. LEU et al. (2007).

318) zeigt, sowohl in West- als auch in Ostdeutschland in der unteren Hälfte der Einkommenspyramide und damit bei jenen Leuten, die Anspruch auf eine Prämienverbilligung hätten, keine nennenswerte Rolle. Der dadurch erzielte dämpfende Effekt dürfte daher recht gering ausfallen.

[11] Ein weiterer Grund, weshalb die negativen Auswirkungen auf die Beschäftigung etwas geringer ausfallen könnten, ist, dass über die steuerliche Gegenfinanzierung auch jene (hohen) Einkommen zur Finanzierung mit herangezogen werden, die davon derzeit verschont sind, da sie privat versichert sind. Auch dieser Effekt dürfte jedoch nicht sehr gross sein.¹⁶⁾ Sofern, wie alle Beteiligten behaupten und wovon wohl auch ausgegangen werden kann, ein sozialer Ausgleich angestrebt wird, sollte man daher von einem Übergang vom derzeitigen System zu einer sozial abgedeckten Gesundheitsprämie keine grossen allokativen Verbesserungen erwarten. Da der soziale Ausgleich im neuen System die bisherigen Belastungen der Bürgerinnen und Bürger kaum Eins zu Eins reproduzieren dürfte, dürften andererseits die verteilungspolitischen Konsequenzen interessant sein. Um diese zu erfassen, muss zunächst Information über die Höhe der Prämie sowie den Umfang der steuerlichen Subventionen im neuen System vorhanden sein.

3 Höhe und steuerliche Konsequenzen der Einheitsprämie

[12] Wie hoch die Prämie sein muss bzw. soll und welche steuerlichen Auswirkungen sich daraus ergeben, ist umstritten. Der KRONBERGER KREIS (2010, S. 22) geht von Prämien in Höhe von ca. 200 Euro für Erwachsene und 90 Euro für Kinder bzw. von rund 220 Euro pro Monat für Erwachsene aus, falls die Kinder automatisch mitversichert sind. Dabei wird leider nicht angegeben, worauf diese Kalkulationen beruhen. Das INSTITUT FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIE UND KLINISCHE EPIDEMIOLOGIE DER UNIVERSITÄT KÖLN geht von einer Prämie zwischen 125 Euro und 145 Euro aus, je nachdem, ob die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten erhalten bleibt oder nicht.¹⁷⁾ Das IGES Institut in Berlin rechnet mit einer Prämie von 140 Euro bis 154 Euro, wobei unterstellt wird, dass Kinder und nicht-erwerbstätige Ehepartner weiterhin beitragsfrei mitversichert sind.¹⁸⁾ Diese doch beträchtlichen Unterschiede dürften u.a. darauf zurückzuführen sein, dass der KRONBERGER KREIS – in Übereinstimmung mit den Plänen der FDP – davon ausgeht, dass die bisherigen Arbeitgeberbeiträge als Lohnbestandteile an die Arbeitnehmer ausgezahlt werden, die dann freilich auch zu versteuern wären, und die Prämie dann die gesamten Kosten abzüglich der steuerlichen Zuschüsse abdecken soll,¹⁹⁾ während die beiden Institute davon ausgehen, dass vom Gesamtaufwand zunächst jener Betrag abgezogen wird, den heute die Arbeitgeber aufbringen, und die Prämie dann nur

16. Zur Auswirkung verschiedener Modelle auf die Grenzbelastung der Einkommen (und damit auch auf die Zusatzlast der Besteuerung) siehe z.B. SACHVERSTÄNDIGENRAT (2004, S. 391f.).

17. Siehe K. LAUTERBACH, M. LÜNGEN und G. BÜSCHER (2009).

18. Siehe: Experten zerpfücken Rösler's Gesundheitspläne, Handelsblatt vom 9. November 2009. (http://www.handelsblatt.com/politik/_b=2481105,_p=6,_t=ftprint,doc_page=0;printpage (15/04/10)).

19. Damit würden die Arbeitgeber von sämtlichen Verpflichtungen gegenüber der Krankenversicherung freigestellt. Siehe hierzu: FDP, Vorschläge zur Gesundheitsreform im Vergleich (<http://www.medi-verbund.de/datei.php?id=1666> (15/04/10)).

noch den Restbetrag abdecken soll. Der heute von den Arbeitgebern aufgebrauchte Betrag, der eingefroren werden soll, kommt damit allen Beitragszahlern unabhängig von ihrem Einkommen in gleichem Ausmass zugute. Die Frage, welches Verfahren bei Einführung der Gesundheitspauschale angewendet wird, ist damit nicht rein akademischer Natur, sondern hat auch erhebliche verteilungspolitische Konsequenzen. Während die Lösung der FDP (im Vergleich zum Status quo) die unteren Einkommen stärker belastet und damit im Zweifelsfall auch höhere Prämiensubventionen erforderlich macht, entlastet jenes Verfahren, welches die beiden Institute unterstellen, die oberen Einkommen weniger stark.

[13] Auch bei der Frage, wie hoch die zusätzlichen steuerlichen Subventionen sein müssen, damit die Bezieher niedriger Einkommen nicht zu stark belastet werden, gehen die Auffassungen weit auseinander. Der KRONBERGER KREIS (2010, S. 24) geht von einem zusätzlichen Volumen von 16 Milliarden Euro aus, während das IGES Institut mit 22 Milliarden Euro rechnet, wovon 14.9 Milliarden zusätzlich zu den heute bereits gezahlten Steuerzuschüssen aufgebracht werden müssten.²⁰⁾ Von sehr viel höheren Steuerzuschüssen geht dagegen das INSTITUT FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIE UND KLINISCHE EPIDEMIOLOGIE DER UNIVERSITÄT KÖLN aus; dort rechnet man mit 36 bis 38 Milliarden Euro. Die Höhe der steuerlichen Zuschüsse hängt letztlich zum einen davon ab, in welchem Masse man welche Einkommensgruppen entlasten will, und zum zweiten, inwieweit man welche Gruppen zusätzlich belasten will. Dies ist letztlich die politisch entscheidende Frage: Wer gewinnt und wer verliert durch den Übergang zum neuen System?

4 Be- und Entlastungen durch das neue System

[14] Einige Aspekte sind leicht zu beantworten: Gewinnen sollten die Bezieher hoher Einkommen unterhalb der derzeitigen Jahresarbeitsentgeltgrenze, die im laufenden Jahr bei einem Jahreseinkommen von 49'950 Euro liegt,²¹⁾ und belastet werden auf jeden Fall die Steuerzahler. Dabei ist zu beachten, dass die gesamte Abgabenlast kaum sinken, sondern gleich bleiben dürfte. Auch wenn man davon ausgeht, dass ein Teil der heute im System der gesetzlichen Krankenversicherung stattfindenden Umverteilung nicht berechtigt ist und deshalb unterbleiben sollte, bedeutet dies nur, dass jetzt andere belastet, d.h. die Lasten verschoben werden. An der Gesamtbelastung ändert sich dadurch nichts. Deren Verringerung könnte nur durch Effizienzgewinne erreicht werden. Eine blossse Änderung der Lastenverteilung bringt für sich betrachtet keine derartigen Gewinne mit sich.²²⁾

[15] Folgt man dem KRONBERGER KREIS (2010, S. 21ff.), dann sollten zum einen diejenigen zur Kasse gebeten werden, die unentgeltlich mitversichert sind, d.h. Frauen und Kinder von Alleinverdienern, zum anderen Arbeitnehmer mit geringem Lohn aber erheblichem zusätzli-

20. Siehe Fussnote 18.

21. Siehe <http://www.pkv-financial.de/glossar/vg047.htm> (13/04/10).

22. Man könnte argumentieren, dass Effizienzgewinne dadurch erzielt werden können, dass die Zusatzlasten verringert würden. Ob und in welchem Umfang dies durch die Änderung der Lastenverteilung geschehen könnte, müsste jedoch erst gezeigt werden. Dass auch dies fraglich ist, hat bereits W. BUCHHOLZ (2005) gezeigt.

chen Einkommen. Insgesamt sollen hier innerhalb der bisher Versicherten 8 Milliarden Euro verschoben werden. Da es, wie oben ausgeführt wurde, kaum Arbeitnehmer mit geringem Arbeits- aber erheblichem zusätzlichem Einkommen gibt, wären es letztlich fast ausschliesslich die unentgeltlich Mitversicherten, die zur Kasse gebeten werden könnten. Ob dies jedoch angestrebt werden soll, ist umstritten, und ob hier in erheblichem Umfang Mittel aufgebracht werden können, ist fraglich.

[16] Betrachtet man z.B. einen verheirateten Alleinverdiener mit zwei Kindern und einem Monatseinkommen von 4'100 Euro, d.h. einem Einkommen knapp unter der Jahresarbeitsentgeltgrenze, der derzeit knapp 560 Euro pro Monat bezahlen muss,²³⁾ dann hätte er nach dem neuen System nach den Schätzungen des Kronberger Kreises einen Betrag von 440 Euro bzw. 580 Euro zu bezahlen, je nachdem ob die Kinder automatisch mitversichert sind oder nicht. Hätte er sogar 4 Kinder, könnte der Betrag auf 760 Euro steigen. Zumindest dann, wenn die Kinder getrennt versichert werden müssen, könnte sich in Abhängigkeit von der Anzahl der Kinder eine erhebliche Mehrbelastung ergeben. Dies ist aber gerade eine Einkommensgruppe, die man entlasten wollte.

[17] Betrachtet man andererseits wiederum einen Alleinverdiener mit vierköpfiger Familie, aber einem durchschnittlichen Bruttoeinkommen von 2'300 Euro pro Monat, dann zahlt dieser heute eine Prämie von 343.30 Euro pro Monat.²⁴⁾ Würde man hier eine Prämie von 440 Euro oder gar von 580 Euro verlangen, ergäbe sich eine erhebliche Mehrbelastung; unter Einrechnung des dann an den Arbeitnehmer ausgezahlten Arbeitgeberbeitrag ergäbe sich im letzteren Fall eine Belastung des Bruttoeinkommens durch den Krankenversicherungsbeitrag von 23.3 Prozent. Ein lediger Alleinverdiener mit diesem Verdienst würde dagegen erheblich entlastet, da er nur noch 200 Euro zu entrichten hätte; seine Prämie betrüge nur noch 8 Prozent seines Einkommens.

[18] Betrachtet man diese Beispiele, zeigt sich zweierlei: Wird auch für Kinder eine – wenn auch geringere – Kopfpauschale verlangt, so werden insbesondere Familien von Alleinverdienern mit Kindern mit mittleren und höheren Einkommen stärker belastet; es trifft letztlich den Mittelstand. Daher dürfte eine Gesundheitspauschale für Kinder kaum durchsetzbar sein, es sei denn, man würde (wie in der Schweiz) die Prämien von Familien mit Kindern selbst bei relativ hohen Einkommen subventionieren. Verständlicherweise wollen deshalb weder die FDP noch der dieser Partei angehörende Bundesgesundheitsminister PHILIPP RÖSLER eine Prämie für Kinder einführen. Die FDP will zwar formal eine solche Prämie, sie will sie jedoch über eine Erhöhung des Kindergeldes ausgleichen.²⁵⁾ Dies würde freilich implizieren, dass bei jeder Prämienerrhöhung der Krankenversicherungen auch das Kindergeld entsprechend angepasst werden müsste, sollten nicht langfristig doch von dieser Umstellung vor al-

23. In diesen Betrag ist der Arbeitgeberanteil eingerechnet.

24. Im Jahr 2009 betrug der Jahresdurchschnitt der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer 27'648 Euro, was einem Monatseinkommen von 2'305 Euro entspricht. Siehe http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2010/03/PD10__074__812,templateId=renderPrint.psml (13/04/10).

25. Siehe hierzu FDP, Krankenversicherungsschutz zukunftssicher gestalten, Berlin 2004. (<http://www.fdp-kamp-lintfort.de/PDF/04-05-05-Gesundheitskonzept.pdf> (12/04/10).)

lem die Familien mit Kindern getroffen werden. Der Gesundheitsminister geht noch weiter als seine Partei; er hat erklärt, dass die von ihm geplante Reform nichts daran ändere, dass nicht berufstätige Ehepartner und Kinder beitragsfrei mitversichert sein sollen.²⁶⁾ Das neue System würde damit dem bisherigen sehr ähnlich sein, und inwiefern überhaupt noch in relevantem Ausmass innerhalb derjenigen, die heute in der gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, umverteilt werden kann, bleibt völlig offen.

[19] Der einzige relevante Unterschied wäre dann, dass jene Mittel, die für die Entlastung der oberen Einkommen unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze erforderlich sind, aus Steuermitteln bereitgestellt werden. Man kann dies für sinnvoll halten, weil damit, wie bereits ausgeführt wurde, alle steuerpflichtigen Bürgerinnen und Bürger zur Finanzierung in die Pflicht genommen werden und so die Bemessungsgrundlage verbreitert wird, was Effizienzgewinne mit sich bringen könnte.²⁷⁾ Soll die gesamte Steuerlast jedoch nicht (bzw. um weniger als um jenen Betrag, der zusätzlich an Steuermitteln erforderlich ist,) erhöht werden, sollte man genau sagen, wo welche Einsparungen erfolgen sollen, und man sollte auch deren ökonomische und verteilungspolitische Konsequenzen angeben.

[20] Eine Gruppe, die möglicherweise stärker belastet werden könnte als bisher, sind die Rentner. Sie bezahlen in der gesetzlichen Krankenversicherung derzeit die Hälfte des jeweils gültigen Beitragssatzes, während die andere Hälfte von der gesetzlichen Rentenversicherung übernommen wird.²⁸⁾ Eine Streichung dieser Subventionen würde die Rentner stärker be- und die Rentenversicherung entlasten; für die Krankenversicherungen änderte sich dadurch nichts. Sie könnten davon profitieren, dass beitragspflichtige Rentner mit geringer Rente aber erheblichen Zusatzeinkommen im neuen System möglicherweise massiv höhere Beiträge zahlen müssten. Aber auch hier stellt sich wieder die Frage, wie gross und relevant diese Gruppe ist.

[21] Bevor man sich zu genaueren Angaben bzw. Abschätzungen der Grössenordnung der erforderlichen Steuerfinanzierung hinreissen lässt, sollte man die Allokations- und Verteilungswirkungen der angestrebten Reform zunächst mit Hilfe eines Mikrosimulationsmodells untersuchen. Solche Modelle existieren für Deutschland, und sie wurden, z.B. für die Analyse von Steuer- oder Arbeitsmarktreformen, auch bereits eingesetzt.²⁹⁾ Sie müssten an diese Aufgabenstellung angepasst werden, aber dies sollte kein unüberwindliches Hindernis sein. Bevor man nicht entsprechende Modellrechnungen durchgeführt hat, entsprechen quantitative Angaben über deren Auswirkungen eher einem Stochern im Nebel als wissenschaftlich zu verantwortenden Schätzungen. Sie erfordern freilich, dass die gewünschte Reform einschliesslich ihrer Finanzierung exakt spezifiziert wird. Vor letzterem hat man sich bisher jedoch gedrückt.

26. Siehe hierzu: Gesundheitspauschale: Rösler kündigt Ausgleich für bedürftige an, FOCUS online vom 25. November 2009, http://www.focus.de/finanzen/versicherungen/krankenversicherung/gesundheitspauschale-roesler-kuendigt-ausgleich-fuer-beduerftige-an_aid_457375.html (13/04/10).

27. Dies gilt zumindest gemäss der traditionellen Theorie der optimalen Besteuerung. Die politisch-ökonomische Theorie der Besteuerung ist diesbezüglich eher skeptisch. Siehe hierzu G.F. BRENNAN und J.M. BUCHANAN (1980).

28. Zur derzeitigen Situation der Rentner in der deutschen Krankenversicherung siehe z.B. O. BEYERSDORFER, Krankenversicherung für Rentner, Arbeitsgemeinschaft Finanzen, <http://www.arbeitsgemeinschaft-finanzen.de/krankenversicherung/rentner.php> (05/05/10).

29. Sieh z.B. W. FRANZ et al. (2008) oder T. REISTER (2009).

5 Die Hoffnung auf den Wettbewerb

[22] Der Grund, weshalb Reformen des Gesundheitswesens angesagt sind, sind dessen ständig steigende Kosten und die damit verbundenen Prämien erhöhungen. Die geplante Reform soll, wie schon ihre Vorgängerinnen, diesen Kostenanstieg wenn auch nicht stoppen, so doch zumindest dämpfen. Die Kosten für das Gesundheitswesen steigen jedoch nicht nur in Deutschland, sondern auch in der Schweiz (und auch in anderen Ländern) seit langem stärker als das Einkommen. Dafür gibt es eine ganze Reihe von (guten) Gründen, auf die hier nicht eingegangen werden soll.³⁰⁾ Um diesen Anstieg zu bremsen, wird häufig „mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen“, insbesondere zwischen den Krankenkassen gefordert, und die geplante Reform soll hierzu beitragen.³¹⁾ Dass der stärkere Wettbewerb die Kosten dämpft, hat man in der Schweiz auch vom im Jahr 1996 eingeführten Krankenversicherungsgesetz (KVG) erwartet; zumindest hat man dies der Bevölkerung vor der Abstimmung vom 4. Dezember 1994 versprochen, in der dieses Gesetz mit einem Ja-Stimmenanteil von 51.8 Prozent knapp angenommen wurde.³²⁾ Tatsächlich aber sind seitdem die Kosten des Gesundheitswesens und damit auch die Prämien trotz verstärkten Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen weiterhin massiv angestiegen; zumindest bezüglich der erhofften Kostendämpfung war dieses Gesetz ein völliger Misserfolg.³³⁾

[23] Nach Einführung des Gesetzes setzte tatsächlich ein intensiver Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ein, aber nicht einer um bessere Lösungen, sondern ein Wettbewerb um günstige Risiken. Die Kassen versuchen, sich ihrer gesetzlich vorgegebenen Pflicht, jeden zu versichern, der dies wünscht, unabhängig von Alter, Geschlecht, Einkommen, Berufsstand oder Krankheitsgeschichte, nach Möglichkeit zu entziehen. Dass der Wettbewerb um gute Risiken, der gesellschaftlich als Verschwendung einzustufen ist, so ausufern konnte, hängt zum Teil damit zusammen, dass der Risikoausgleich zwischen den Kassen bisher ungenügend ist. Ab 2012 wird er verfeinert, indem neben Alter und Geschlecht auch die Krankheitsgeschichte eine Rolle spielen wird.³⁴⁾ Damit wird sich die Jagd auf gute Risiken weniger rentieren, weshalb man hofft, dass dieser Wettbewerb in Zukunft weniger intensiv sein wird.

30. Siehe hierzu KOMMISSION FÜR KONJUNKTURFRAGEN (2006, S. 36f.).

31. Siehe hierzu z.B.: Gesundheitswesen: Rösler will mehr Wettbewerb, merkur-online.de vom 5. Mai 2010 (<http://www.merkur-online.de/nachrichten/politik/gesundheitswesen-roesler-mehr-wettbewerb-748671.html> (12/05/10)); BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, Wettbewerb im Gesundheitswesen, <http://www.bmg.bund.de/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/W/Glossarbereich-Wettbewerb-im-Gesundheitswesen.html> (12/04/10), oder KRONBERGER KREIS (2002).

32. Siehe z.B. T. HEBERLEIN, Die Reform der Krankenversicherung: Ein Gesetz für die Zukunft, *Neue Zürcher Zeitung* Nr. 268 vom 16. November 1994, S. 15.

33. Als Anteil am Bruttoinlandsprodukt sind die Kosten des Gesundheitswesens von 1995 bis 2007 von 9.6 Prozent auf 10.6 Prozent gestiegen. Die durchschnittlichen Prämien für Erwachsene sind von 1996 bis 2007 von 173.1 SFr. auf 322.9 SFr und damit real um durchschnittlich 4.86 Prozent pro Jahr gestiegen. Quelle der Daten: (i) *Statistisches Jahrbuch der Schweiz* (elektronische Version), Tabelle T 14.5.1.1, Tabelle T 5.2.1.1, BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT, *Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2007*, Tabelle T 3.01 (<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/01156/index.html> (12/05/10)).

34. Siehe hierzu z.B. SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND -DIREKTOREN, Verfeinerter Risikoausgleich, 43.225, Juli 2005, <http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/>

[24] Angesichts der in den letzten 15 Jahren und insbesondere in diesem Jahr mit durchschnittlich 8.7 Prozent stark angestiegenen Prämien³⁵⁾ wurde den Versicherten geraten, die Krankenkasse zu wechseln, um weniger zahlen zu müssen. Dies haben im vergangenen Herbst nach vorläufigen Schätzungen etwa 18 Prozent aller Versicherten auch getan.³⁶⁾ Das Problem ist dabei jedoch, dass dadurch per se überhaupt nichts eingespart wird. Soweit damit nicht ein Wechsel in eine andere Versicherungsform verbunden ist, die zu geringeren Leistungen führt, wie z.B. aus der freien Versicherung in eine Health Maintenance Organisation (HMO), wird dadurch keine einzige Leistung weniger erbracht. Andererseits führen diese Wechsel zu erheblichen Verwaltungskosten, die wiederum durch eine Erhöhung der Prämien aufgefangen werden müssen.³⁷⁾ Während der Wechsel zu einer anderen Kasse somit individuell rational sein kann, sehen wir uns gesellschaftlich betrachtet einem Gefangenendilemma gegenüber: Wenn alle versuchen, ihre Prämien auf diese Art und Weise zu senken, steigt die durchschnittliche Prämie. Dies müsste nicht sein, wenn sich die Prämienunterschiede zwischen den Kassen einzig aus einer effizienteren Erbringung ihrer Leistungen ergäben. Dies aber setzt einen (fast) perfekten Risikoausgleich voraus, der kaum realisierbar ist.

[25] Interessant ist in diesem Zusammenhang auch das holländische Beispiel. Dort hat sich mit der Reform des Jahres 2006 und der Einführung einer – freilich recht moderaten – Einheitsprämie ein Qualitätswettbewerb entwickelt, der die Kosten jedoch nicht gesenkt sondern weiter nach oben getrieben hat, so dass sie heute pro Kopf deutlich höher als in Deutschland sind.³⁸⁾ Zwar kann man generell kaum etwas dagegen einwenden, wenn die Preise aufgrund einer höheren Qualität steigen, aber es ist ein weiteres Beispiel dafür, dass man nicht zu viel Hoffnung dahinein setzen sollte, dass durch gesteigerten Wettbewerb im Gesundheitswesen die Kosten sinken.³⁹⁾

[26] Das tiefer liegende Problem hinter dieser Diskussion ist jedoch, dass dabei häufig von einem sehr statischen Verständnis des Wettbewerbs ausgegangen wird. Krankenkassen sind Institutionen, die im Wesentlichen Geld umverteilen: von den gesunden Beitragszahlern zu den Kranken bzw. zu jenen Akteuren und Institutionen, welche die Behandlung und Versorgung der Kranken übernehmen. Selbstverständlich kann dies mehr oder weniger effizient geschehen, und der Wettbewerb kann hier – zumindest unter idealen Bedingungen – Anreize zu

KVG-Revision_und_Vollzug/KVG-Revision/Positionspapiere_200507/Risikoausgleich-Hauptanliegen-d.pdf (25/04/10), T. BANDI (1999) sowie A. HOLLY et al. (2004, 2005).

35. Siehe hierzu: Krankenkassenprämien steigen um 8.7 Prozent, *Neue Zürcher Zeitung* Nr. 228 vom 2. Oktober 2009, S. 11.

36. Siehe hierzu: Bewegung bei den Versicherten, *Neue Zürcher Zeitung* Nr. 249 vom 27. Oktober 2009, S. 13.

37. Tatsächlich versuchen manche kleinen Kassen sogar potentielle Wechsel abzuschrecken, indem sie die Prämien höher als unbedingt notwendig ansetzen, weil sie die damit verbundenen Verwaltungskosten fürchten. Siehe hierzu: B. WALSER, Das Krankenkassen-Paradox: Keine will die Günstigste sein, *Berner Zeitung BZ* vom 2. September 2009, <http://www.bernerzeitung.ch/schweiz/standard/Das-Krankenkassen-Paradox-Keine-will-die-Guenstigste-sein/story/29587186> (14/05/10).

38. Siehe hierzu E. NIEJAHR, Wettbewerb um Kranke, *DIE ZEIT* Nr. 16 vom 15. April 2010, S. 29 (<http://pdf.zeit.de/2010/16/Gesundheitspolitik-Niederlande.pdf> (18/05/10)).

39. Selbstverständlich müsste man für eine genauere Analyse untersuchen, welche der mit der Reform des Jahres 2006 verbundenen Änderungen in welchem Ausmass zur Kostensteigerung beigetragen hat. Entsprechende Untersuchungen liegen jedoch (meines Wissens) bisher nicht vor.

grösserer Effizienz geben. Es handelt sich hier jedoch um rein statische Effizienz, weshalb die möglichen Effizienzgewinne beschränkt sind. Sind sie einmal ausgeschöpft, d.h. werden nur noch genau jene Behandlungen durchgeführt, die aus medizinischen Gründen sinnvoll und in ökonomischer Perspektive vertretbar sind und arbeitet die Verwaltung der Kasse mit minimalen Kosten, kann von Wettbewerb in diesem Bereich nichts mehr erwartet werden. Man mag argumentieren, dass wir von dieser Grenze heute noch weit entfernt sind (und sie vielleicht auch nie wirklich erreichen werden), aber die Existenz dieser Grenze und damit auch die prinzipielle Begrenztheit möglicher Effizienzgewinne in diesem Bereich dürfte kaum zu bezweifeln sein.⁴⁰⁾

[27] Wirklich interessant ist Wettbewerb dort, wo es um dynamische Prozesse wie z.B. um die Entwicklung neuer Produkte oder Produktionsverfahren geht. Hier spielt der technische Fortschritt die zentrale Rolle, und hier setzt der Wettbewerb starke Anreize, Fortschritte zu erzielen. F.A. v. HAYEK (1969) spricht in diesem Zusammenhang von „Wettbewerb als Entdeckungsverfahren“, und er schätzt – sicher nicht ganz zu Unrecht – im Gegensatz dazu die Auswirkungen des Wettbewerbs im statischen Fall als eher bedeutungslos ein.⁴¹⁾ Nun spielt technischer Fortschritt auch im Gesundheitsbereich eine wesentliche Rolle, so z.B. bei der Entwicklung neuer Medikamente oder neuer Heilmittel, wobei er erfahrungsgemäss die Kosten freilich eher steigert als senkt, indem er z.B. ermöglicht, dass Patienten mit hohem Kostenaufwand länger leben können.⁴²⁾ Seine Bedeutung im Bereich der Krankenversicherungen ist dagegen eher gering; hier können nicht laufend neue Produkte entwickelt oder bestehende Produkte permanent verbessert werden. Insofern ist es naiv, sich vom Wettbewerb zwischen den Krankenkassen all zu viel zu erhoffen. Wichtig ist in diesem Bereich vor allem, dass der Wettbewerb um gute Risiken eingeschränkt und nicht noch ausgeweitet wird.⁴³⁾

6 Abschliessende Bemerkungen

[28] Dass die Höhe der Prämien bis zu einer Obergrenze vom Einkommen abhängig ist, was negative Arbeitsanreize mit sich bringt, ist sowohl im den gegenwärtigen Systemen Deutschlands und der Schweiz als auch im geplanten zukünftigen deutschen System der Fall; hier besteht vielleicht ein gradueller, aber kein systematischer Unterschied. Das Beispiel der Schweiz lehrt, dass diese Einkommensabhängigkeit auch im System einer sozial abgedeckten Kopfpauschale für einen erheblichen Teil der Bevölkerung gilt. Dies dürfte auch für das zukünftige deutsche System nicht anders sein, will man nicht erhebliche soziale Verwerfungen riskieren. Dies aber wollen nach ihren Aussagen weder die derzeitige deutsche Bundesregierung noch die sie tragenden Parteien.

40. Nicht umsonst sind ja in der Schweiz bei der Gebäudeversicherung für Feuer und Elementarschäden die in 19 Kantonen existierenden kantonalen Monopole deutlich effizienter als die privaten Versicherungen in den übrigen 7 Kantonen, d.h. sie verlangen – ceteris paribus – signifikant niedrigere Prämien. Siehe hierzu G. KIRCHGÄSSNER (2001).

41. Siehe hierzu z.B. F.A. v. HAYEK (1952).

42. Zur Rolle des technischen Fortschritts im Gesundheitswesen siehe z.B. KOMMISSION FÜR KONJUNKTURFRAGEN (2006, S. 36f.).

43. Zur Rolle des Wettbewerbs im Wirtschaftsprozess siehe auch G. KIRCHGÄSSNER (2009).

[29] Ein systematischer Unterschied besteht jedoch darin, dass in Deutschland die Familien, in der Schweiz jedoch die Einzelpersonen versichert sind. Wenn man den Stellungnahmen des deutschen Gesundheitsministers glauben darf, soll sich daran nichts ändern; d.h. dieser Unterschied wird weiterhin bestehen bleiben.

[30] Der wichtigste Unterschied zwischen beiden Systemen besteht jedoch darin, dass das schweizerische System wirklich allgemein gilt, d.h. dass es, wie eingangs erwähnt wurde, keine Ausnahmen gibt: Alle Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz sind ohne Ausnahme verpflichtet, sich in der Grundversorgung zu versichern, und alle Versicherungen müssen alle Antragsteller aufnehmen, unabhängig von Alter, Geschlecht, Einkommen, Berufsstand oder Krankheitsgeschichte. Es gibt somit keine privilegierten Gruppen, die sich dann, wenn es für sie günstiger wäre, aus diesem System ausklinken könnten. Auch an diesem Unterschied zwischen beiden Ländern soll im neuen System festgehalten werden, auch wenn der Anreiz, vom System der gesetzlichen in jenes der privaten Krankenkassen zu wechseln, geringer werden dürfte oder im Extremfall vielleicht sogar ganz verschwinden würde. Unabhängig davon, ob man die Gesundheitspauschale einführt oder nicht, sollte man ernsthaft überlegen, ob man diese Zweiteilung aufrechterhalten will. Ihre Abschaffung würde voraussetzen, dass man auch die Beamten in das dann allgemeine System einbezieht. Man muss freilich davon ausgehen, dass diese, um ihre Privilegien zu verteidigen, mit aller Macht versuchen werden, dies zu verhindern, und sei es durch eine Klage beim Bundesverfassungsgericht. Es ist zumindest nicht unwahrscheinlich, dass sie damit Erfolg hätten.

[31] Der letzte systematische Unterschied, dass in der Schweiz die Arbeitgeber sich nicht (direkt) an der Finanzierung der Krankenversicherung beteiligen, ist ökonomisch insofern irrelevant, als für den Arbeitgeber der Bruttolohn, für den Arbeitnehmer aber der effektive Nettolohn massgeblich ist, und zwar jeweils unter Einbeziehung aller Abgaben und Leistungen, die darauf Einfluss haben. Dies ist unabhängig davon, und deshalb ist es ökonomisch betrachtet letztlich irrelevant, ob der entsprechende Betrag vom Arbeitgeber oder vom Arbeitnehmer an die Versicherung überwiesen wird. Dies heisst freilich nicht, dass es auch im Übergangsprozess unerheblich wäre; hier können erhebliche Verteilungskonflikte entstehen. Diese könnten freilich durch den Vorschlag der FDP, die bisherigen Arbeitgeberbeiträge als Lohn an die Beschäftigten auszuzahlen, weitgehend entschärft werden.⁴⁴⁾

[32] Insgesamt betrachtet zeigt sich, dass sich die Schweiz kaum als Vorbild für das jetzt geplante deutsche System eignet. In jenen Punkten, die in der öffentlichen Diskussion thematisiert werden, ist das schweizerische dem jetzigen deutschen System sehr viel ähnlicher, als häufig unterstellt wird. Die tatsächlich bestehenden systematischen Unterschiede werden dagegen kaum oder gar nicht diskutiert; schliesslich sollen sie, wenn man den entsprechenden Beteuerungen der Politiker (bzw. den entsprechenden Pressemeldungen) Glauben schenken darf, auch gar nicht beseitigt werden. Dies bedeutet nicht, dass man von der Schweiz in dieser Debatte nichts lernen könnte, aber dann sollte man sich im öffentlichen Diskurs auf die tat-

44. Es bleibt das Problem, wie die stärkere Belastung, die sich dadurch ergibt, dass dieses Einkommen jetzt zu versteuern ist, gelöst werden soll.

sächlich bestehenden relevanten Unterschiede beziehen und nicht vorwiegend Aspekte diskutieren, bezüglich derer kaum Unterschiede bestehen.

Zusammenfassung

In dieser Arbeit wird auf einige Aspekte der derzeitigen deutschen Diskussion zur Reform des Gesundheitswesens in Vergleich zum schweizerischen System eingegangen. Dabei werden die Einkommensabhängigkeit der effektiven Prämien, ihre zu erwartende Höhe sowie die damit verbundenen Verteilungswirkungen diskutiert. Zudem wird gefragt, was man von einer Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen erwarten kann. Es zeigt sich, dass bezüglich des Systems der Kopfpauschale das deutsche und das schweizerische System sehr ähnlich sind; insbesondere bestehen bezüglich der negativen Auswirkungen auf die Beschäftigung allenfalls graduelle aber keine systematischen Unterschiede. Jene Bereiche jedoch, wo heute tatsächlich signifikante Unterschiede bestehen, werden derzeit in der deutschen Diskussion kaum thematisiert, und das geplante neue deutsche System dürfte diesbezüglich auch kaum Änderungen bringen.

Literaturangaben

- T. BANDI (1999), Risikoausgleich in der Krankenversicherung: Verbesserung durch Ausbau?, *Soziale Sicherheit* 4/1999, S. 202 – 205.
- G. BRENNAN und J.M. BUCHANAN (1980), *The Power to Tax, Analytical Foundations of a Fiscal Constitution*, Cambridge University Press, Cambridge (Mass.) 1980; deutsche Übersetzung: *Besteuerung und Staatsgewalt: Analytische Grundlagen einer Finanzverfassung*, Steuer- und Wirtschaftsverlag, Hamburg 1988.
- F. BREYER (2002), Einkommensbezogene versus pauschale GKV-Beiträge: Eine Begriffsklärung, *Schmollers Jahrbuch* 122 (2002), S. 605
- W. BUCHHOLZ (2005), A Note on Financing Health-Care Reform: Some Simple Arguments Concerning Marginal Tax Burden, *Finanzarchiv* 61 (2005), S. 438 – 446.
- W. FRANZ, N. GUERZTGEN, S. SCHUBERT und M. CLAUSS (2008), Reformen im Niedriglohnsektor - eine integrierte CGE-Mikrosimulationsstudie der Arbeitsangebots- und Beschäftigungseffekte, in: W.FRANZ, H. J. RAMSER und M. STADLER (eds.), *Arbeitsverträge*, Mohr Siebeck, Tübingen 2008.
- S. GRESS, R. KOCHER und J. WASEM (2004), Wettbewerbsorientierte Reformen im Gesundheitssystem der Schweiz: Vorbild für regulierten Wettbewerb in der GKV?, *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 5 (2004), S. 59 – 70.
- A. HAUFLE (2004), Welche Vorteile bringt eine Pauschalprämie für die Finanzierung des Gesundheitswesens?, *Schmollers Jahrbuch* 124 (2004), S. 539 – 556.
- F.A. V. HAYEK (1969), Der Wettbewerb als Entdeckungsverfahren, in: ders., *Freiburger Studien*, Mohr (Siebeck), Tübingen 1969, S. 249 – 265.
- F.A. V. HAYEK (1952), Der Sinn des Wettbewerbs, in: ders.: *Individualismus und wirtschaftliche Ordnung*, Eugen Rentsch, Erlenbach-Zürich 1952, S. 122 – 140.

- A. HOLLY, L. GARDIOL, Y. EGGLI, T. YALCIN und T. RIBEIRO (2004), Health-Based Risk Adjustment in Switzerland: An Exploration Using Medical information from Prior Hospitalisation, NFP 45, Projekt Nr. 4045-059720/1, Final report, Revised Version, August 2004.
(www.hec.unil.ch/iems/Publications/rapportholly.pdf/download (25/04/10).)
- A. HOLLY, L. GARDIOL, Y. EGGLI, T. YALCIN und T. RIBEIRO (2005), Ein neues gesundheitsbasiertes Risikoausgleichssystem für die Schweiz, *G+G Wissenschaft* 5 (2005), Heft 4, S. 16 – 31.
- G. KIRCHGÄSSNER (2001), Die Effizienz eines öffentlichen Versicherungsmonopols: Das Beispiel der schweizerischen Gebäudeversicherungen, *Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen* 24 (2001), S. 249 – 266.
- G. KIRCHGÄSSNER (2009), Wettbewerb und Staatsverantwortung aus ökonomischer Sicht, in: B. EHRENZELLER und R. WALDBURGER (eds.), *Wettbewerb und Staatsverantwortung: Kolloquium anlässlich der Emeritierung von Prof. Dr. Klaus A. Vallender*, Dike, Zürich/St. Gallen 2009, S. 25 – 53.
- KOMMISSION FÜR KONJUNKTURFRAGEN (2006), *Reform des Gesundheitswesens* (Jahresbericht 2006), 385. Mitteilung, Beilage zur *Volkswirtschaft, dem Magazin für Wirtschaftspolitik*, 1-2006.
- KRONBERGER KREIS (2002), *Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen*, Stiftung Marktwirtschaft, Berlin 2002.
- KRONBERGER KREIS (2010), *Mehr Mut zum Neuanfang*, Stiftung Marktwirtschaft, Berlin 2010.
- K. LAUTERBACH, M. LÜNGEN und G. BÜSCHER (2009), *Anmerkungen zur geplanten Einführung von einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen in der Krankenversicherung*, Institut für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie der Universität Köln, Studie zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft Nr. 07/2009, Köln, 17. November 2009.
- R.L. LEU, Y. FLÜCKIGER, M. GERFIN, C. KNÖPFEL, G. KIRCHGÄSSNER, T. MÜLLER und A. SPERMANN *Erwerbsabhängige Steuergutschriften: Möglichkeiten und Auswirkungen einer Einführung in der Schweiz*, Bericht der Expertengruppe an das Eidgenössische Finanzdepartement, Bern, 31. August 2007.
- SACHVERSTÄNDIGENRAT [ZUR BEGUTACHTUNG DER GESAMTWIRTSCHAFTLICHEN ENTWICKLUNG] (2004), *Erfolge im Ausland - Herausforderungen im Inland, Jahresgutachten 2004/05*, Wiesbaden 2004.
- SACHVERSTÄNDIGENRAT [ZUR BEGUTACHTUNG DER GESAMTWIRTSCHAFTLICHEN ENTWICKLUNG] (2009), *Die Zukunft nicht aufs Spiel setzen, Jahresgutachten 2009/10*, Wiesbaden 2009.
- T. REISTER (2009), *Steuerwirkungsanalysen unter Verwendung von unternehmensbezogenen Mikrosimulationsmodellen*, Gabler, Wiesbaden 2009.